

# 問 診 票

No.	記入日	年	月	日
フリガナ	性別	生年月日	大 昭 年 月 日 生 平 令 ( 才 )	
おなまえ	様			
おところ	〒	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自宅</li> <li>• 携帯</li> </ul>		

**❀ かならずご記入ください。**

- |  |  |
|--|--|
| ① コロナに罹患したことがありますか？<br>(ある・ない)           | ④ 1〜2週間以内に身の回りで流行している感染症がありますか？(例：コロナ、RS、インフルエンザ、溶連菌)<br>(ある・ない) |
| ② コロナワクチン接種をしたことがありますか？<br>(ある・ない)       | ⑤ 1〜2週間以内に発熱はありましたか？<br>(ある・ない)                                  |
| ③ PCR検査を1〜2週間以内にしましたことがありますか？<br>(ある・ない) | ⑥ 味覚・嗅覚に異常がありますか？<br>(ある・ない)                                     |

**❀ 本日は、どのような症状でこられましたか？**

体温 ( )℃

• あてはまる症状に○印を付けて下さい

耳(左・右) 耳が痛い・耳だれ・聞こえにくい・耳鳴りがする・耳がつまる感じ・めまい

鼻(左・右) 鼻づまり・鼻水・色のついた鼻汁・くしゃみ・鼻水がのどに流れる・鼻血

のど のどが痛い・声がかれる・せき・たん・のどがつまる・異物感がある

• 症状はいつごろからですか。

今日 時々 ( )日前から ( )週間前から かなり前から ( )年以上前から

• その他、気になることがありましたらご記入ください。

**❀ あなたの体質や病歴についてお尋ねします。**

(1) 注射や飲み薬で、発疹が出たり気分が悪くなったり、ショックを起こしたことがありますか？ (はい・いいえ)

(はいとお答えの方)

どのような時に起こりましたか？ 咳止め・熱さまし・風邪薬・抗生物質・その他( )

(2) 今までに病気をしたり、手術をしたことがありますか？ (はい・いいえ)

(はいとお答えの方)

病名を教えてください。 高血圧・心臓病・糖尿病・ぜんそく・その他( )

(3) 現在、飲んでいる薬はありますか？ (はい・いいえ)

(はいとお答えの方)

※お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提示ください。

お薬手帳をお持ちですか？ (はい・いいえ)

(4) 女性の方にお伺いします。 現在 妊娠 ヶ月 ・ 授乳中 ・ どちらでもない

(5) 体重を教えてください。(お子様のみ) ( )kg